

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE

A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SPORTIVES

DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
DE SAINT-LAURENT-DU-VAR

SAISON 2024-2025

(Du 1er Septembre 2024 au 31 Août 2025)

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné .M, Mme.....

Né (e) le.....

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des activités suivantes :

YOGA (*)

GYM (*)

QI GONG (*)

Fait à....., le.....

Cachet, n° de téléphone et
Signature du médecin

(*) Cocher les cases concernées

Durée de validité pour l'inscription : 3 mois à compter de la signature du médecin